FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

THÈSE

N° 396

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel FELIX

Né le 24 Août 1937, à Saintes-Marie-Sichée (Corse)

Présentée et soutenue publiquement le 196

Intérêt de la rééducation kinésithérapique dans le traitement des paralysies faciales périphériques primitives ou secondaires

Président : M. GROSSIORD, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1967

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel FELIX

Né le 24 Août 1937, à Saintes-Marie-Sichée (Corse)

Présentée et soutenue publiquement le 196

Intérêt de la rééducation kinésithérapique dans le traitement des paralysies faciales périphériques primitives ou secondaires

Président : M. GROSSIORD, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1967

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.)

Doyen : Georges BROUET

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
—	Huard (P.)
Anatomie et cytologie path.	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Vourc'h (G.)
Bactériologie et virologie	Tournier (P.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
—	Polonovski (J.)
—	Desgrez (P.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux Sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
—	Dognon (A.)
—	Djourno (A.)
Cancérologie expérimentale	Mathé (G.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Génétique fondamentale	Lejeune (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Coury (Ch.)
Histologie et Embryologie	Tuchmann-Duplessis (H.)
— —	Coujard (R.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale, Droit méd. et déontologie	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
—	Kuss (R.)
—	Verne (J.-M.)
Pathologie exotique	Brumpt (L.-C.)
Pathologie expér. et comp.	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
—	Bricaire (H.)
—	Péquignot (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathologie et thér. génér.	Maurice (P.)
Pharmacologie	Boissier (J.-R.)
—	Lechat (P.)
Physiologie	Bargeton (D.)
—	Parrot (J.)
Physiologie et path. obst.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	Lamotte (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie	Cabrol (Ch.)
Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Anatomie pathologique	Nezelof (Ch.)
Bactériologie	Barbier (P.)
Biochimie médicale	Dreyfus (J.-Cl.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Parasitologie	Larivière (M.)
Pathologie expérimentale	Loeper (J.)
Physiologie	Dejours (P.)
	Scherrer (J.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
	Roucayrol (J.-Cl.)
	Tubiana (M.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

UNIV. LEIDEN BIBL.

CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

liniques :
- carcinologique ..... DENOIX (P.)
- carcinologique chirurg. (Necker) ..... REDON (H.)
- cardiol. (Broussais) .. SOULIÉ (P.)
- cardiol. (Boucicaut) .. LENÈGRE (J.)
- chirurgicales : *Beaujon :* LORTAT-JACOB (J.-L.) ; BAUMANN (J.) - *Cochin :* LEGER (L.) - *Hôtel-Dieu :* PATEL (J.) - *Saint-Antoine :* GOSSET - *Salpêtrière :* SICARD (A.) - *Tenon :* OLIVIER (Cl.).
- chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin) .. MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
- chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch) .... PADOVANI (P.)
- chirurg. orthopéd. et traumatol. (Beaujon) .. CAUCHOIX (J.)
- chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades) .... FÈVRE (M.)
- chirurgie cardio-vascul. (Broussais) ..... DUBOST (Ch.)
- chir. thorac. (Laennec). MATHEY (J.)
- dermatol. (Saint-Louis). DUPERRAT (F.)
- endocrinolog. (Pitié) .. DECOURT (J.)
- Génét. médic. (Enfants-Malades) ..... LAMY (M.)
- chir. et gynéc. (Broca) HUGUIER (J.)
- maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) . DEGOS (R.)
- maladies des enfants (Enfants-Malades) .... TURPIN (R.)
- malad. infect. (Claude-Bernard) ..... MOLLARET (P.)
- malad. mentales et de l'encéph. (Sainte-Anne) DELAY (J.)
- maladies du sang (Broussais) ..... BERNARD (J.)
- malad. du système nerveux (Salpêtrière) .... CASTAIGNE (P.)
- médicales : *Bicêtre :* DEPARIS (M.) - *Broussais :* MILLIEZ (P.) - *Cochin :* N... - *Hôtel-Dieu :* BARIÉTY (M.) - *Pitié :* DREYFUS (G.) - *Saint-Antoine :* CONTE (M.) ; KOURILSKY (R.) ; BOUDIN (G.).
- d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ... DEBRAY (Ch.)
- médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J.)

MM.

— médicale propédeutique (Broussais) ..... JUSTIN-BESANÇON (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies métabol. (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)
— néphrologique (Necker) HAMBURGER (J.)
— neuro-chirurgie (Pitié) . DAVID (M.)
— neurolog. (Salpêtrière) . GARCIN (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :* LACOMME (M.) - *Saint-Antoine :* MERGER (R.).
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu) OFFRET (G.)
— ophtalmolog. (Cochin). BREGEAT (P.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)
— pédiatrie (Trousseau) . MOZZICONACCI (P.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul) THIEFFRY (S.)
— pneumo-phtisiologie (Laennec) ..... BROUET (G.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..... MICHAUX (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) .. COSTE (F.)
— rhumatol. (Lariboisière) SÈZE (S. DE)
— stomatol. (Salpêtrière) . DECHAUME (M.)
— thérap. chirur. (Vaugirard) ..... ROUX (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)
— toxicologique (Widal) . GAULTIER (M.)
— traumat. et orthopédique (R. Poincaré) ..... JUDET (R.)
— urologique (Cochin) .. ABOULKER (P.)
— urologique (Necker) .. COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau) LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin) ..... DOMART (A.)
— (Lariboisière) ..... BOUVRAIN (Y.)
— (Pitié) ..... RAMBERT (P.)
— (Rothschild) ..... WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) . POILLEUX (F.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Hématologie ..... ANDRÉ (R.)
BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses ... BASTIN (R.)
Médecine : AZERAD (E.) ; BOUR (H.) ; CAROLI (J.) ; DREYFUS (B.) ; GROSSIORD (A.) ; LAMBLING (A.) ; LAUNAY (Cl.) ; PAYET (M.) ; PERRAULT (M.) ; SIGUIER (F.) ; WORMS (R.).
Néphrologie ..... RICHET (G.)

Neuro-chirurgie ..... LE BEAU (J.)
Neurologie ..... LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie ..... PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie . MADURO (R.)
Pédiatrie ..... POLONOVSKI (Cl.)
ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie ..... KREIS (B.)
MEYER (A.)
Rhumatologie ..... DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.)
	GONNARD (P.)
	NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.)
	GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie ..... MORICARD (R.)

Statistique médicale et épidémiologique ..... SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.).
Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.).

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.).
Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROSOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur GROSSIORD

Professeur Titulaire à Titre Personnel
Médecin des Hôpitaux
Chef de Service

Qui m'a fait l'honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse.

Au Docteur Jean LIGWALD

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Paul-Brousse

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse,
pour les conseils qu'il m'a prodigués.

Au Docteur RAYMONDEAUD

Assistant à l'Hôpital Paul-Brousse
et à l'Hôpital Léopold-Bellan

A Monsieur A. JONVELLE

Responsable du Centre de Rééducation
du Service de Neurologie de l'Hôpital Paul-Brousse

La paralysie faciale est fréquente et peut être de plus en plus fréquente car, à la maladie encore mystérieuse qu'est la paralysie « a frigore », sont venues s'adjoindre les lésions du nerf facial d'origine traumatique, ainsi que les lésions chirurgicales entraînées par la cure de certaines tumeurs bénignes ou malignes. Si l'on peut considérer qu'un grand nombre de paralysies faciales périphériques primitives (75 % à 85 %, MATTHEWS, TAVERNER, LANGWORTH) guérissent complètement sans laisser de séquelles, en quelques semaines ou en quelques mois, il n'en est malheureusement pas toujours de même et il arrive que la régression soit plus lente, retardée ou incomplète. Ces évolutions prolongées et ces régressions incomplètes sont extrêmement éprouvantes tant du point de vue fonctionnel que du point de vue esthétique : une déformation du visage n'est pas plus acceptée par le sujet âgé que par le sujet jeune, quelque soit son sexe ; elle peut avoir un retentissement psychique lourd de conséquence et imposant à lui seul une tentative de traitement pour offrir au malade non seulement les meilleures chances de récupération, mais aussi la récupération la plus parfaite.

Le malade qui consulte pour une paralysie faciale pose au médecin un double problème, celui de la thérapeutique, celui du pronostic.

De nombreux procédés ont, bien sûr, été proposés, et sont appliqués systématiquement dès le début, qu'il s'agisse de vitaminothérapie, de corticothérapie, de vaso-dilatateurs à fortes doses ou de physiothérapie ; la diélectrolyse, les courants progressifs, les infra-rouges, la diathermie, les ondes courtes, les ultra-sons, la radiothérapie sont souvent employés. Même la chirurgie est préconisée et la décompression du nerf dans l'aqueduc de Fallope est conseillée.

Cependant, cette indication doit être précoce ; or, elle est le plus souvent, impossible à poser, puique la paralysie faciale, dans un grand nombre de cas, guérit spontanément.

Il n'y a d'ailleurs aucun critère capable de faire préciser dès l'abord si l'évolution sera courte ou prolongée, et si la guérison sera totale ou nulle.

Le problème du pronostic est particulièrement important : la paralysie faciale va-t-elle guérir ? Est-ce qu'elle va guérir sans séquelles ou est-ce qu'elle va évoluer vers l'hémispasme facial post-paralytique caractérisé cliniquement par la contracture hémifaciale, par les anomalies de la motilité volontaire, automatique et réflexe.

La multiplicité de toutes ces thérapeutiques, le dilemne évolutif indiquent bien l'importance du problème et montrent que cette affection — bien qu'habituellement bénigne —, ne doit en aucun cas être négligée.

Depuis plus de 10 ans, nous avons utilisé systématiquement au Centre de Rééducation de Service de Neurologie de l'Hôpital Paul Brousse, une thérapeutique de « réhabilitation », couramment utilisée en pathologie nerveuse périphérique, en adoptant les mêmes modalités d'application au territoire neuro-musculaire facial. Bien que ne comportant aucune contre-indication, cette méthode, de par la localisation même de la paralysie, comporte quelques particularités techniques que nous essaierons d'éclairer au mieux dans cet exposé.

L'importance des bons résultats observés nous incite à faire connaître son intérêt. Nous pensons utile au préalable de rappeler quelques notions anatomiques si tant est que :

> « Le mode de distribution et les connexions du nerf sont indispensables à connaître, pour comprendre la symptomatologie de la paralysie faciale (Rimbaud) ».

Eliminons d'emblée de ce cadre, la paralysie faciale centrale, qui découle d'une atteinte supra-nucléaire et fait habituellement partie d'une hémiplégie homo-latérale, flasque ou spasmodique, avec ou sans coma.

Epargnant le facial supérieur, elle laisse donc possible, chez le malade conscient, la fermeture de l'œil (en fait, l'occlusion de l'œil et le plissement du front sont moins amples et moins intenses du côté paralysé).

Par contre, dans le territoire inférieur du nerf facial, tous les mouvements volontaires sont abolis, la mimique émotionnelle est par contre conservée.

L'évolution en est bien différente, ne passant jamais à la contracture : elle ne pose donc pas de problème par elle-même.

RAPPEL ANATOMIQUE

Le nerf facial ou VII[e] paire est le nerf moteur de la face, mais il est devenu classique de le considérer comme un nerf mixte, à la fois moteur, sensitif et secrétoire, car l'intermédiaire de Wrisberg (VII[e] *bis*) et le ganglion géniculé lui sont annexés.

Le noyau du facial, hétérogène et subdivisé en noyaux secondaires correspondant au facial supérieur (orbiculaire des paupières, frontal et sourcilier) et au facial inférieur (tous les autres muscles de face), est situé dans la région protubérantielle inférieure et relié par le faisceau géniculé à un centre cortical controlatéral. Les fibres, après avoir encerclé le noyau du moteur oculaire externe (genou du facial), sortent de la fossette latérale du bulbe pour pénétrer dans le conduit auditif interne — parcourir l'aqueduc de Fallope en décrivant deux coudes successifs. Elles émergent enfin du trou stylomastoïdien pour se terminer rapidement en deux branches, temporo-faciale et cervico-faciale.

Le nerf intermédiaire peut être assimilé à une racine spinale postérieure et le ganglion géniculé à un ganglion spinal. Son noyau, qui constitue l'extrémité supérieure du noyau solitaire, se trouve près du sillon bulbo-protubérantiel. Le tronc du VII *bis*, accolé au facial entre l'émergence de la protubérance et le ganglion géniculé, n'est plus ensuite une entité anatomique, les fibres afférentes étant en fait contenues dans le tronc du nerf facial.

Branches du nerf facial et de l'intermédiaire

1) Dans le rocher

Le facial émet cinq branches :

— du ganglion géniculé se détachent les deux nerfs pétreux superficiels qui se rendent l'un au ganglion sphéno-palatin et l'autre au ganglion otique ;

— du tronc du facial se détachent : le nerf du muscle de l'étrier ; la corde du tympan qui se distribue aux deux tiers antérieurs de la langue, après avoir rejoint le lingual, et le rameau anastomotique avec le X.

2) Hors du rocher

Le nerf facial donne le rameau anastomotique avec le glosso-pharyngien, puis le rameau sensitif du conduit auditif externe, le nerf auriculaire postérieur pour les muscles auriculaires postérieur et supérieur, et pour le muscle occipital, des rameaux enfin pour le muscle stylo-hyoïdien et le ventre postérieur du digastrique.

3) Branche temporo-faciale

L'une des branches terminales, la branche temporo-faciale, a sous sa dépendance : le muscle auriculaire antérieur, les muscles de la face externe du pavillon, le frontal, le sourcilier, le pyramidal, l'orbiculaire des paupières, les zygomatiques, les élévateurs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, le canin, le transverse du nez, le dilatateur des narines, le myrtiforme et la moitié supérieure de l'orbiculaire des lèvres.

La branche cervico-faciale innerve le risorius, le buccinateur, la moitié inférieure de l'orbiculaire des lèvres, la houppe du menton, le carré du menton, le triangulaire des lèvres et le peaucier du cou.

Le nerf facial innerve donc tous les muscles de la face : c'est le nerf de la mimique, de l'expression. La fonction motrice lui appartient en propre, les autres fonctions revenant en fait à l'intermédiaire. De sorte que l'on peut, du point de vue physiologique, individualiser trois types de fonctions :

1) Fonctions motrices

Deux territoires moteurs se rattachent au facial : l'un profond avec le ventre postérieur du digastrique, le glosso-staphylin et en partie le stylo-glosse ; l'autre superficiel comprenant tous les muscles de l'expression, l'orbiculaire des paupières et celui des lèvres.

Les réflexes naso-palpébral, oculo-palpébral, naso-palpébral et cornéen, dans sa réponse motrice, dépendent aussi du facial, ainsi que la transmission auditive par l'intermédiaire du nerf du muscle de l'étrier.

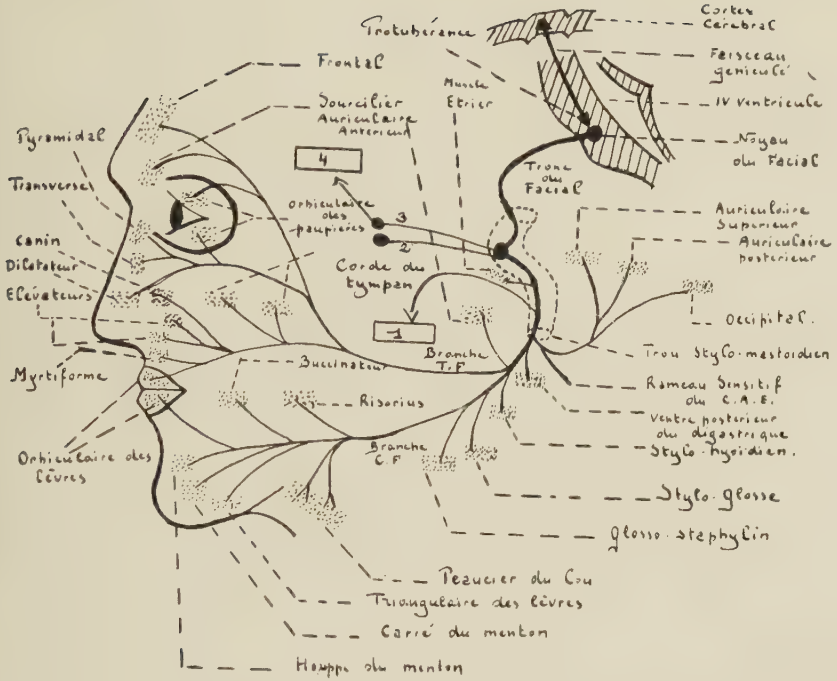


Schéma de la distribution du nerf facial

1 : Sensibilité gustative des deux tiers antérieurs de la langue.

2 : Petit nerf pétreux superficiel et ganglion otique.

3 : Grand nerf pétreux superficiel et ganglion sphéno-palatin.

4 : Innervation des glandes lacrymales, des muqueuses du nez, du pharynx, de la bouche.

2) Fonctions sensorielle gustative, sécrétoire et vaso-motrice

L'intermédiaire de Wrisberg donne la gustation aux deux tiers antérieurs de la langue, commande en majorité la sécrétion lacrymale par le grand nerf pétreux superficiel et le ganglion sphéno-palatin. Par la corde du tympan, le facial commande les glandes sous-maxillaire et sub-linguale, ainsi que la vaso-dilatation des deux tiers antérieurs de la langue.

3) Fonctions sensitives

La sensibilité profonde de la face chemine avec le facial pour gagner le ganglion géniculé. La zone cutanée de Ramsay-Hunt, qui comprend une partie du tympan, les parois du C.A.E., le méat auditif et le pavillon de l'oreille, est également contrôlée par le VII et le VII[e] bis, et se trouve d'ailleurs perturbée en cas de zona du ganglion géniculé.

⁂

En résumé, l'action du nerf facial apparaît triple :

— *motrice* pour les muscles de la face, le muscle de l'étrier et certains muscles du pharynx ;

— *sensorielle, sécrétoire* et *vaso-motrice* pour les deux tiers antérieurs de la langue, les glandes lacrymale, sous-maxillaire et sub-linguale, et les muqueuses annexées à la face ;

— *sensitive* enfin pour la zone cutanée de Ramsay-Hunt.

Il est bien évident qu'en présence d'une paralysie faciale de type périphérique, une enquête étiologique s'impose, qui permettra parfois d'en reconnaître la cause — que ce soit une infection locale (et bien sûr l'examen otoscopique doit être systématique) ou générale, un traumatisme ou une tumeur. Cependant, il nous faut bien reconnaître que s'il existe plusieurs sortes de paralysie faciale, aucune étiologie spécifique, dans la majorité des cas, ne peut être retrouvée et l'on parlera de paralysie « a frigore », bien qu'il soit difficile d'en établir la fréquence relative.

Le but de notre thérapeutique, la kinésithérapie faciale, est de rendre au visage sa symétrie au repos — ce qui est primordial — et de restaurer au mieux la mobilité de l'hémiface parésié. Avant de l'entreprendre, un bilan précis, minutieux est nécessaire, qui permettra de juger de l'importance du déficit et de sa prédominance, et d'évaluer d'une manière objective la récupération lorsqu'elle survient. Il repose autant sur une estimation globale de la paralysie que sur une étude des muscles faciaux, les uns après les autres.

I. — EVALUATION GLOBALE

L'évaluation globale de la paralysie est relativement aisée, encore que dans les formes légères l'on puisse hésiter à poser le diagnostic de paralysie ou à déterminer le côté atteint. Un examen patient doit permettre une conclusion.

A) Inspection

La simple inspection du visage permet déjà d'apprécier la morphologie au repos, l'importance des mouvements spontanés lors de la mimique et la possibilité de mouvements commandés, tels que la grimace, l'occlusion forcée des yeux, le plissement du front.

On peut estimer que la paralysie se présente d'emblée suivant quatre degrés d'intensité :

— les formes intenses et très intenses ;

— les formes légères et moyennes.

1) La forme intense

Evidente, de diagnostic facile, associe :

- *Des troubles moteurs :*

— *Au repos,* l'asymétrie frappe dès l'abord, la face paraissant attirée du côté sain qui semble rétréci. La joue est flasque, pend en sac ; les rides frontales sont effacées et l'hémiface atteinte atonique ; la bouche est asymétrique, la commissure labiale effilée et abaissée du côté atteint. Le pli naso-génien apparaît moins marqué.

L'œil participe à cette atonie, largement ouvert, le sourcil plus convexe, la paupière inférieure en ectropion. Il existe de la lagophtalmie et de l'épiphora, et le clignement est aboli du même côté.

— Dès que s'ébauche un *mouvement,* l'asymétrie s'accentue. Lors des mouvements spontanés de la mimique, l'hémiface reste immobile, la bouche se dévie et paraît plus déformée. Le signe du peaucier du cou est indiscutable, et lorsque l'on demande au sujet d'ouvrir fortement la bouche, on voit apparaître du côté sain la saillie du peaucier, saillie qui fait défaut du côté paralysé. Lors d'une forte inspiration, la narine du côté malade s'aplatit, et à la protusion de la langue celle-ci paraît déviée du côté sain.

- *Des troubles oculaires :*

L'occlusion forte de la paupière — du côté paralysé — est impossible : le globe oculaire va se cacher en haut et en dehors — ce qui réalise le signe de Charles Bell.

Dans le regard vers le haut, l'œil du côté paralysé s'élève plus que de l'autre côté et les pupilles ne se trouvent plus sur le même plan : c'est le signe de Négro.

Si l'on demande au malade de regarder vers le bas, puis de fermer fortement les yeux, on constate que la paupière s'élève paradoxalement : c'est le signe de Dupuy-Dutemps et Cestan.

- *Des troubles fonctionnels :*

La parole est difficile et la prononciation de certaines labiales incorrecte. Siffler et souffler sont impossibles, mastication et déglutition gênées.

• *Des réflexes abolis :*

Les réflexes naso-palpébral, cochléo et optico-palpébral sont supprimés. Le réflexe cornéen existe, mais se trouve modifié dans sa réponse motrice : l'excitation de la cornée entraîne le retrait de l'œil sous la paupière supérieure et non plus la fermeture. Le chatouillement des narines, le pincement de la peau, la compression du nerf contre la branche montante du maxillaire inférieur n'entraînent aucun mouvement réflexe.

• *Des troubles sensitifs et sensoriels :*

Ils permettent souvent de localiser le siège de la lésion : abolition de la sensibilité gustative dans les deux tiers antérieurs de la langue lorsqu'elle se situe entre le ganglion géniculé et la corde du tympan ; hypoacousie douloureuse si la lésion est au-dessus de la naissance du nerf du muscle de l'étrier ; perturbation de la sensibilité de la zone de Ramsay-Hunt dans les atteintes du ganglion géniculé, par un zona par exemple ; tarissement de la sécrétion lacrymale, si la lésion est au-dessus du ganglion géniculé.

2) La forme très intense

A cette forme intense, il faut ajouter la variété très intense dans laquelle, au repos, l'équilibre tonique de la face est fortement compromis au profit du côté sain : la bouche est attirée vers ce côté, le milieu des lèvres se retrouvant au-delà de la ligne médiane. La pointe du nez, la région inter-sourcilière sont déviées du côté sain ; à l'opposé, l'aile du nez est rapprochée de la cloison. L'ectropion est très marqué et le signe de Charles Bell important. Le tonus de repos du côté paralysé est tout à fait aboli et du côté sain le tonus, qui est normal, attire la face à lui.

Le pronostic de cette forme est particulièrement réservé, car elle traduit d'importantes perturbations toniques, le tonus résiduel normal ne contrebalançant plus celui du côté opposé.

Bien entendu, lors des mouvements automatiques, spontanés ou commandés, le déséquilibre s'accentue encore plus.

3) La forme légère

A l'opposé, elle se manifeste par une asymétrie discrète que l'on découvre le plus souvent dans le sourire et la parole. Il n'est pas toujours aisé ici de reconnaître le côté atteint, de faire la part d'une parésie ou d'une simple anomalie esthétique. L'examen doit être précis et patient, et l'exécution de mouvements isolés, tels que

d'éverser la lèvre inférieure ou la lèvre supérieure, de froncer ou de relever les sourcils, de grimacer fortement, et ce successivement d'un côté puis de l'autre, permettra de détecter une diminution d'amplitude d'un côté.

Une série de petits signes, d'une très grande valeur, trouve ici un intérêt diagnostique primordial : tel le *signe de Souques,* les cils se rétractant moins et paraissant plus longs du côté parésié lorsqu'on demande au sujet de fermer fortement les yeux, tel *le signe de Froment,* l'occlusion des paupières étant plus difficile et souvent incomplète du côté atteint lorsqu'on demande au malade de fermer les yeux tout en regardant vers le haut.

Si l'on commande au patient de fermer fortement les yeux et si on essaie de s'opposer à cette occlusion, on constate que d'un côté le mouvement se fait avec une moindre intensité. De même, si l'on fait fermer un œil, puis l'autre, on s'aperçoit que l'œil du côté atteint se ferme beaucoup moins bien. On peut également tenir compte de la moindre contraction du peaucier atteint, lorsque le sujet porte le menton en prognatisme ou éverse la lèvre inférieure.

Toutes ces manœuvres précises doivent permettre de lever tous les doutes et de poser un diagnostic.

4) La forme moyenne

Elle est déjà plus évidente et d'emblée l'asymétrie ne fait aucun doute. Cependant la paralysie n'est pas totale. Au cours de mouvements spontanés ou forcés, on se rend compte qu'un hémiface se contracte moins bien ; le signe de Charles Bell existe mais est incomplet. Par contre, les signes mentionnés à propos de la forme légère prennent ici toute leur valeur, d'autant qu'il est plus aisé de les mettre en évidence.

B) Palper

Bien entendu, il ne faut pas se contenter de regarder, mais compléter l'examen par le palper des muscles de la face, les uns après les autres, du côté parésié comme du côté sain. Cela nécessite bien sûr une très grande sensibilité tactile de la part de l'opérateur.

Au repos, la palpation permettra d'apprécier l'hypotonie du côté paralysé, totale ou partielle — l'atrophie, la sclérose et la rétraction éventuelles des muscles ou des groupes musculaires. Elle dépistera la survenue d'une contracture, débutant le plus souvent au niveau du buccinateur et du zygomatique pour s'étendre ensuite à toute l'hémiface, annonçant l'hémispasme.

Lors de mouvements commandés, le palper va permettre de détecter une ébauche de contraction, et il est inutile de souligner qu'un dépistage précoce autorise à poser un pronostic relativement favorable et espérer une récupération aussi parfaite que possible.

L'opérateur cependant (et là l'expérience est d'un grand secours) doit se méfier de la prévalence du côté sain, pouvant masquer une réaction du côté parésié ou à l'opposé en simuler une.

C'est dire l'attention visuelle et tactile que requiert l'estimation de la paralysie faciale.

II. — ETUDE DETAILLEE DES MUSCLES FACIAUX

Aussi délicate est l'étude en détail des muscles de la face (« *testing* »), car chez le sujet normal la synergie est habituelle et il ne dispose que d'une mimique globale. Il faudra éduquer le malade, du point de vue musculaire, pour qu'il sache contracter isolément et à la demande les principaux groupes musculaires de la face, que nous pouvons subdiviser avant d'en rappeler l'anatomie par quelques schémas, en trois étages :

— muscles des paupières et des sourcils ;
— muscles du nez et muscles des lèvres.

A) Mimiques ou expressions à demander

Le sujet, assis devant un miroir, doit exécuter une série de mimiques ou expressions destinées à mettre en action les principaux muscles faciaux et permettant d'en étudier le degré d'atteinte.

1) Muscles des paupières et des sourcils

- *Muscle occipito-frontal* (*v. Ph. 1*) :

Plisser le front. La contraction éventuelle de l'occipital est bien sûr appréciée par le palper.

- *Muscle sourcilier* (*v. Ph. 2*) :

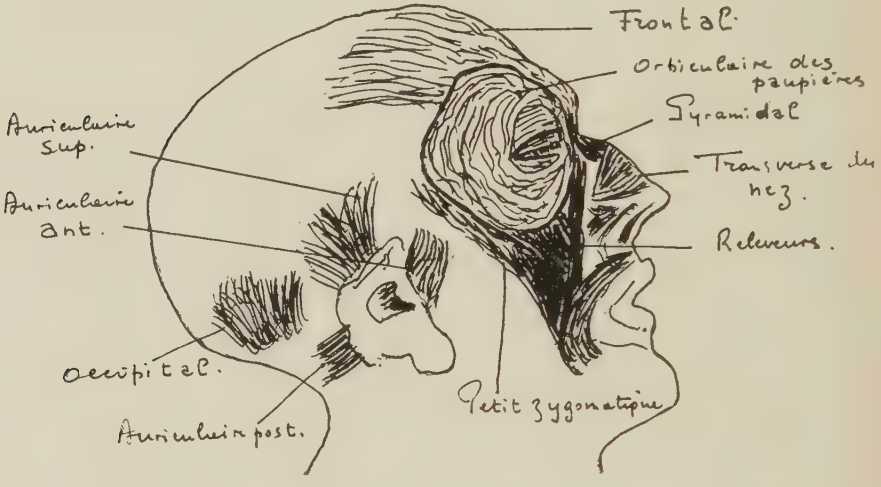
Froncer les sourcils, puis relâcher.

- *Muscle orbiculaire des paupières* (*v. Ph. 3*) (paupière inférieure) :

Remonter la paupière inférieure, en sachant cependant que le signe de Ch. Bell peut donner une réaction.

- *Muscle pyramidal et releveur des lèvres* (*v. Ph. 4*) :
  Froncer le nez en attirant la lèvre supérieure vers le haut.

- *Muscle orbiculaire des paupières* (paupière supérieure) (*v. Ph. 5*) :
  Fermer fortement les yeux, et l'on peut ici mesurer le degré d'occlusion, en mm, sur la largeur de la bande de sclérotique laissée à découvert.



Muscles de la région péri-orbitaire

- *Releveur de la paupière* (*v. Ph. 6*) :
  Ouvrir les yeux en relevant fortement les paupières supérieures.

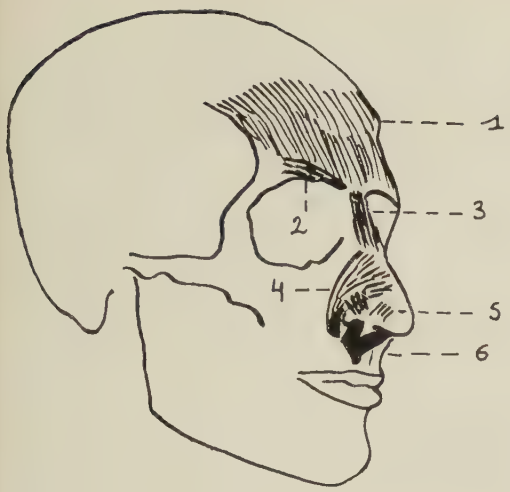
2) Muscles du nez

- *Muscle dilatateur des narines :*
  Dilater les narines.

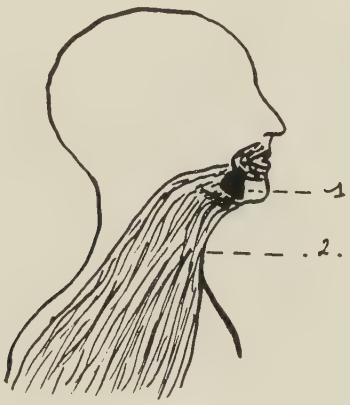
- *Muscle transverse et myrtiforme :*
  Abaisser les ailes du nez.

3) Muscles des lèvres

- *Muscle releveur des lèvres :*
  Voir muscle pyramidal.

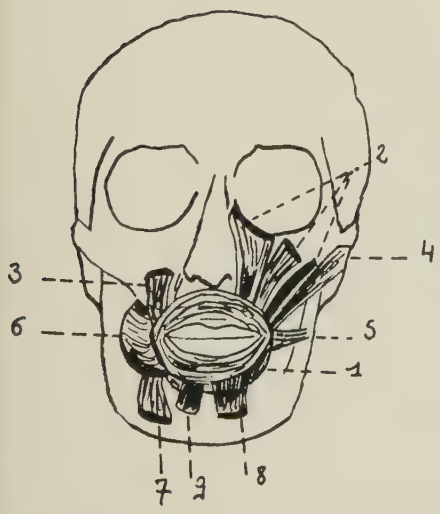


1 : Frontal.
2 : Sourcilier.
3 : Pyramidal.
4 : Transversaire du nez.
5 : Dilatateurs ant. et post. des narines.
6 : Myrtiforme.



1 : Triangulaire des lèvres.
2 : Peaucier.

Muscles de la bouche



1 : Orbiculaire des lèvres.
2 : Releveur profond.
3 : Canin.
4 : Zygomatique.
5 : Risorius.
6 : Buccinateur.
7 : Triangulaire des lèvres.
8 : Carré du menton.
9 : Houppe du menton.

- *Muscle orbiculaire des lèvres et buccinateur* (*v. Ph. 7*) :

  Faire la bouche en cul de poule, siffler, souffler. Nous avons là également un repère sur le degré d'occlusion.

- *Muscles canin, triangulaire des lèvres et carré du menton* (*v. Ph. 8*) :

  Découvrir les dents supérieures et inférieures (bouche en carré).

- *Muscles zygomatiques et risorius* (*v. Ph. 9*) :

  Sourire.

- *Triangulaire des lèvres et peaucier du cou* (*v. Ph. 10*) :

  Tirer les commissures labiales vers le bas avec force.

- *Houppe du menton* (*v. Ph. 10*) :

  Tirer la peau du menton vers le haut (« friser »).

Photo 1

Photo 2

Photo 3

Photo 4

Photo 5

Photo 6

Photo 7

Photo 8

Photo 9

Photo 10

B) Bilan

Il est nécessaire, comme dans toute paralysie périphérique, d'objectiver les réponses obtenues de manière à pouvoir par la suite juger des résultats acquis. De même, les bilans seront répétés à intervalles réguliers de façon à pouvoir détecter la naissance d'une contraction le plus précocement possible ; nous évaluerons les muscles faciaux de la façon suivante :

- Aucune contraction 0
- Contraction minime (palpable mais non visible) . . . . . Trace
- Ébauche de mouvement . . . . . Passable
- Mouvement incomplet avec difficulté . . . . . Assez bon
- Mouvement complet . . . . . Bon

Prenons comme exemple le « *testing musculaire* » effectué à propos d'un de nos malades, avant, pendant et en fin de traitement kinésithérapique.

M. V... : Paralysie faciale droit du 20 juillet 1957. Séquelle de zona. Début du traitement le 5 novembre 1957.

		5.11.57 Début du Trait.	15.11.57	5.3.58 Fin du Trait.
Paupières et Sourcils	m. occipito-frontal	0	Trace	Assez bon
	m. sourcilier	0	Trace	Assez bon
	m. orbiculaire des paupières : sup.	Trace	Assez bon	Bon
	inf.	0	Trace	Bon
	Releveur paupière	Assez bon	Bon	Bon
	Pyramidal	0	Trace	Bon
Nez	Dilatateur des narines	0	0	Assez bon
	Transverse	0	Trace	Bon
	Myrtiforme	0	Trace	Bon
Lèvres	Releveur des lèvres	0	Passable	Bon
	Orbiculaire	Passable	Passable	Bon
	Buccinateur	Passable	Passable	Bon
	Canin	0	Trace	Assez bon
	Triangulaire	0	Trace	Bon
	Carré du menton	0	Trace	Bon
	Zygomatiques	Trace	Passable	Assez bon
	Risorius	Passable	Assez bon	Bon
	Peaucier cou	Trace	Passable	Bon
	Houppe menton	Trace	Passable	Bon

TRAITEMENT KINESITHERAPIQUE

La physiothérapie met à notre disposition les ressources provenant de la thermothérapie (chaleur) et de la cinésithérapie (massage, gymnastique rééducative). Ces thérapeutiques agissent sur la circulation périphérique dans le sens d'une hypervascularisation directe du territoire atteint.

Si on admet — et cela l'est généralement — que la paralysie faciale périphérique à frigore est la conséquence d'un processus ischémique du tronc facial soit dans le domaine de l'artère méningée moyenne, soit, et c'est plus fréquent, dans le territoire de l'artère stylo-mastoïdienne, le recours aux mesures hyperhémiantes devient compréhensible : l'ischémie entraîne l'œdème du nerf, l'œdème aggrave encore l'ischémie en comprimant le tronc nerveux dans son canal osseux et referme le cercle vicieux.

I. — APPLICATION DE LA CHALEUR

L'application de la chaleur conduit à un réchauffement passif et à une hyperhémie de la musculature. Nous utilisons systématiquement deux sources :

A) Les infra-rouges

Débutent chaque séance. Le malade est en décubitus dorsal, les yeux protégés par un coton humidifié. La durée d'application, rapidement croissante, ne dépasse jamais quinze minutes.

B) Les applications chaudes humides

Sous forme de compresses ou d'enveloppements, elles sont utilisées dès le début du traitement. Nous demandons au malade de les

appliquer lui-même à son domicile — tous les jours — pendant un quart d'heure matin et soir. La technique en est simple : on exprime l'eau d'un linge trempé dans de l'eau chaude, on le plie et le pose sur toute l'hémiface, oreille et apophyse mastoïde comprises. Bien sûr, recommandation est faite au sujet de se couvrir la face lors de ses sorties et de ne pas s'exposer au froid après l'application des compresses (*voir Ph. 11* montrant une application de compresse).

C) *En cas d'hémispasme débutant,* nous demandons au sujet de placer dans sa bouche, avant d'appliquer les compresses, deux rouleaux de coton de la grosseur d'un pouce, l'un contre le maxillaire supérieur, l'autre contre le maxillaire inférieur, et ce pour entraîner une distension musculaire, qui sera favorisée par la chaleur.

Compresses chaudes et I.R. seront également recommandés sur le côté sain, en cas de contraction exagérée ou d'hypertonie.

II. — LES EXERCICES DE REEDUCATION

Ils vont suivre la thermothérapie au cours de chaque séance.

A) Difficultés

Grand nombre de sujets sont incapables d'exécuter des mimiques isolées, n'intéressant qu'une partie du visage. Aussi est-il nécessaire d'apprendre à ces malades à dissocier les muscles responsables d'une expression donnée et à les contracter isolément, le reste de la face n'y participant pas.

Et bien sûr, ceci, déjà difficile chez le sujet normal, est encore plus malaisé chez un malade atteint dans son faciès et souvent inquiet, angoissé. Patiemment l'opérateur, après avoir éveillé l'attention de son patient, obtenu sa coopération, lui apprendra les mimiques nécessaires, ceci bien sûr du côté sain ; puis progressivement recréera en passif ou en passif aidé la symétrie du côté parésié.

B) Technique

1) Orbiculaire des lèvres

Afin de faire travailler fréquemment l'orbiculaire des lèvres, nous donnons au malade, dès le début, une rondelle de bouchon de 3 à 4 mm d'épaisseur, traversée en son milieu par une allumette. La pra-

tique en est facile : il suffit de coincer l'allumette entre les dents et le champ de la rondelle entre les lèvres, ceci le plus souvent possible dans la journée. Au prorata de la récupération, le diamètre de la rondelle sera diminué, puis celle-ci remplacée par un abaisse-langue de bois que le sujet devra maintenir entre les lèvres, à la manière d'une cigarette (*voir Ph. 12*).

2) Décontraction du visage

Entre chaque mimique, nous demandons au sujet de relâcher complètement le visage, d'abolir toute expression. Il existe souvent, en effet, une prévalence du côté sain, simulant une hypertonicité et entraînant une élongation exagérée des muscles atteints. Cette décontraction volontaire doit bien entendu être guidée par le rééducateur et le massage facial, qui suit la rééducation, lui sera d'une aide appréciable pour l'obtenir rapidement et totalement.

3) Mimiques a faire exécuter en présence d'une paralysie faciale périphérique totale

Lors de toutes ces expressions, la symétrie du visage sera recréée manuellement par l'opérateur, en passif d'abord, puis en fonction de la récupération en activo-passif ou passif aidé, et finalement en actif.

Le sujet apprendra à effectuer de lui-même ces mimiques et, dès que possible, les exécutera à son domicile, après l'application des compresses.

Nous avons pensé qu'une série iconographique montrera au mieux les mimiques demandées par le rééducateur placé derrière le sujet, assis devant un miroir.

1) *Plisser le front* (*voir Ph. 13*) :

Elever les sourcils et former les rides horizontales du front, puis relâcher.

2) *Froncer les sourcils* (*Ph. 14*) :

Attirer les sourcils et l'espace inter-sourcilier vers le bas, puis relâcher.

3) *Fermer les yeux* (*Ph. 15*) :

Le visage restant décontracté, déterminer l'occlusion palpébrale du côté parésié. Maintenir cette posture pendant dix à quinze secondes, puis ouvrir les yeux.

Dès que l'occlusion est plus facile, nous demandons au sujet de fermer les yeux, puis de regarder vers le bas, afin de combattre le signe de Bell.

4) *Ouvrir très grand les yeux,* puis relâcher :

Cette mimique est plus particulièrement demandée en cas d'atteinte du releveur de la paupière.

5) *Regarder à l'horizon* (*Ph. 16*) :

Remonter la paupière inférieure, puis relâcher. En fait, la réaction de la paupière inférieure étant presque toujours retardée par rapport à celle de la paupière supérieure, nous ne demandons cette expression que dès qu'elle peut être ébauchée. Dans les formes intenses et très intenses, nous avons remarqué que cette contraction est plus facilement exécutée en décubitus dorsal, la tête en légère déflexion.

6) *Froncer le nez* (*Ph. 17*) :

Attirer vers le haut les ailes du nez et la lèvre supérieure, puis relâcher.

7) *Dilater les narines :*

Porter les ailes du nez en dehors, en augmentant le diamètre transversal des narines, puis relâcher.

8) « *Le nez du lapin* » :

Abaisser les ailes du nez.

9) *La bouche en carré* (*Ph. 18*) :

Les dents jointes, élever la lèvre supérieure et abaisser la lèvre inférieure sans attirer les commissures labiales en dehors.

10) *Sourire sans montrer les dents, puis faire la bouche en « cul de poule »* (*Ph. 19* et *20*) :

Attirer les commissures buccales en haut et en dehors, puis les rapprocher. Relâcher enfin.

11) *Gonfler les joues* (*Ph. 21*) :

Les lèvres soudées, l'air doit cependant filtrer entre les dents et la face interne des lèvres.

12) *Creuser les joues* (*Ph. 22*) :

Lèvres serrées, le sujet aspire les joues et les intercale entre les arcades dentaires. Relâcher.

13) *Se rincer les dents :*

Ballotter les joues du dehors en dedans.

14) *Siffler* (*Ph. 23*) :

15) *Faire la moue* (*Ph. 24*) :

Attirer les commissures labiales en bas et en dehors, en remontant la lèvre inférieure.

Une certaine récupération ayant été obtenue, nous demandons au sujet :

16) De *ciller* et de *clignoter* des yeux, très rapidement, le reste du visage restant décontracté.

17) *De fermer très fortement* les yeux en fronçant le nez, grimace déconseillée en cas d'hémispasme débutant.

18) *De dissocier* le côté sain du côté atteint, en attirant la commissure labiale en haut et en dehors, puis en relâchant. La même mimique est ensuite exécutée du côté opposé (*Ph. 25* et *25 bis*). De même, le sujet peut fermer un œil, l'autre restant ouvert, étant bien entendu qu'il ait été capable de faire un clin d'œil avant son atteinte.

C) Résultats

Nous pourrons admettre la récupération comme étant obtenue lorsque les muscles du côté parésié seront à même de créer une mimique symétrique.

Mais nombre de visages étant par nature plus ou moins asymétriques, il serait utile de disposer d'un cliché du sujet, antérieur à la paralysie, pour mieux juger du résultat.

III. — LE MASSAGE

Nous avons constaté dans les paralysies anciennes, non traitées, un état musculaire défectueux, des tissus rétractés, atrophiés, en voie de sclérose, œdématiés et d'une qualité fonctionnelle médiocre. Le traitement massothérapique précoce contribuera à conserver cette qualité tissulaire — et son rôle préventif est certain. Par ailleurs, le massage va provoquer une excitation des terminaisons nerveuses qui déclenchera une action réflexe bénéfique, une action vaso-dilatatrice et de drainage, qui complèteront au mieux celles provoquées par la chaleur.

Technique du massage facial

Le sujet est en décubitus dorsal. Après désinfection des mains, l'opérateur place un doigt sur la face interne de la joue parésiée, deux ou trois doigts de l'autre main sur la face externe (*voir Ph. 26*). Il peut ainsi agir sur l'épaisseur même des tissus. Notons, à ce propos, qu'il est fréquent de constater un œdème intra-tissulaire du côté parésié, entraînant un épaississement musculaire, et ceci d'autant plus que la paralysie est ancienne.

L'orbiculaire des lèvres, le canin, l'élévateur des lèvres, les zygomatiques, le risorius, le carré du menton et le triangulaire des lèvres seront visités successivement par de petites pressions vibrées ; les muscles rétractés doivent être lentement et doucement étirés. Les frictions digitales et circulaires seront assez lentes et non traumatisantes.

Compte tenu de l'état de la peau, une hyperhémie est recherchée sur toute l'hémiface atteinte, excepté dans la zone de l'orbiculaire des paupières, par de légers pincements rapides, effectués par la pulpe digitale.

Au niveau des paupières, l'on se contentera de petites pressions vibrées et très douces, de manière à ne pas favoriser un spasme.

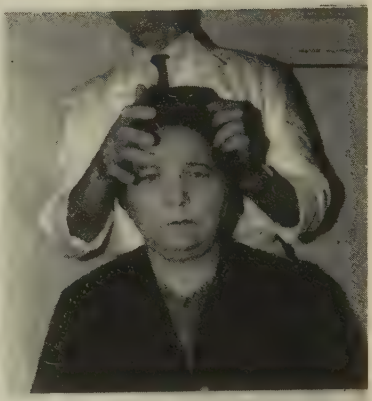
Le sillon naso-génien, la joue, la zone du peaucier seront l'objet d'effleurages et de légères pressions vibrées. Au point d'émergence du facial, les vibrations doivent être circulaires et douces.

Nous terminerons enfin par un massage général du visage, enduit au préalable d'une petite quantité de crème grasse ; l'effleurage sera doux et profond, plus insistant du côté sain. Il est évident qu'en cas de début d'hémispasme, la manipulation cutanée ne sera que douceur et lenteur pour ne pas favoriser les syncinésies.

Ph. 11

Ph. 12

Ph. 13



Ph. 14

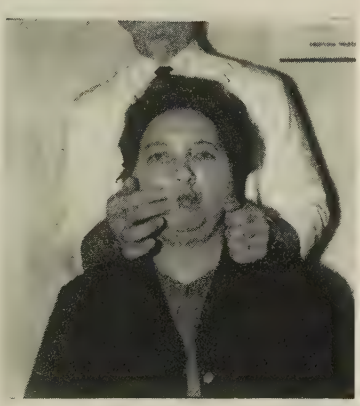
Ph. 15

Ph. 16

Ph. 17.

Ph. 18

Ph. 19



Ph. 20

Ph. 21

Ph. 22

Ph. 23

Ph. 24.

Ph. 25

Ph. 25 B

Ph. 26

QUELQUES OBSERVATIONS CLINIQUES

• OBS. N° 1 : M. Lau...

Paralysie faciale périphérique bilatérale du 27 septembre 1957, séquelle de traumatisme frontal.

Première observation du 7 janvier 1958 (atteinte de trois mois) :

Le visage est figé, ne reflétant aucune expression. Il existe un signe de Ch. Bell important et bilatéral, un strabisme convergent de l'œil droit (rotation à gauche et en bas). La sécrétion lacrymale est pratiquement inexistante.

Peut élever la commissure labiale gauche de 2 mm ; l'amplitude de la mâchoire inférieure est limitée, les lèvres se tendant sur les dents. A la partie médiane du front : cicatrice avec adhérence des plans musculaires profonds.

Série de clichés avant traitement (10 janvier 1958) :

La peau du visage est livide, les tissus sous-jacents en voie de sclérose.

— *Photo 1 :* sourire.

— *Photo 2 :* fermeture des yeux, visage contracté.

— *Photo 3 :* ouverture de la bouche.

Traitement kinésithérapique : trois séances par semaine :

Infra-rouge, rééducation activo-passive, gymnastique corrective de l'œil droit portant l'œil à droite et en bas, l'œil gauche étant caché, massage avec étirement des tissus rétractés, assouplissement de l'orbiculaire des lèvres et du frontal en regard de la cicatrice.

— Recommandations concernant l'application des compresses à domicile, deux fois par jour.

Evolution :

14 janvier 1958 :

Amorce très légère de la contraction du frontal.

Les paupières supérieures s'abaissent davantage.

21 janvier 1958 :

Légère contraction de la lèvre supérieure.

Occlusion palpébrale presque complète.

Ebauche de sourire.

6 février 1958 :

Occlusion palpébrale complète.

Ebauche de clignement et de cillement des yeux.

Mr. Lau...

Ph. 1

Ph. 2

Ph. 3

Ph. 4

Ph. 5

Ph. 6

Ph 7

Mr. LAU....

Ph. 8

Ph. 9

Ph. 10

Ph. 11

11 février 1958 :

Gonfle moyennement les joues sans maintien des lèvres.

Bonne réaction de l'orbiculaire des lèvres.

18 février 1958 :

Bonne dilatation des narines ; progrès plus prononcés à gauche pour : le risorius, les zygomatiques, le canin.

Bonne contraction de la houppe du menton, amélioration de celle du frontal (la cicatrice occasionnant cependant une gêne certaine).

24 février 1958 :

Deuxième série de clichés :

— *Photo 4 :* sourire.

— *Photo 5 :* fermeture des yeux.

— *Photo 6 :* ouverture de la bouche en découvrant les dents supérieures.

— *Photo 7 :* élévation de la lèvre supérieure.

10 mars 1958 :

Petite réaction du carré du menton et du triangulaire des lèvres.

20 mars 1958 :

Interruption de la rééducation dirigée pendant deux semaines.

14 avril 1958 :

Léger abaissement de la lèvre inférieure.

Amélioration de la prononciation lors de la lecture à haute voix.

24 avril 1958 :

Amélioration très nette du strabisme et de la sécrétion lacrymale.

12 mai 1958 :

Abaissement de la lèvre inférieure.

Le sillon naso-génien apparaît plus marqué.

14 juillet 1958 :

Très nette progression du carré du menton et du triangulaire des lèvres.

Léger hémispasme à gauche.

Rééducation : une séance par semaine.

Pendant six mois :

Le sujet poursuit lui-même la rééducation à domicile.

18 janvier 1959 :

Troisième série de clichés :

— *Photo 8 :* sourire.

— *Photo 9 :* »

— *Photo 10 :* siffle avec son.

— *Photo 11 :* clin d'œil à droite.

Résultats : le strabisme de l'O.D. est tout à fait corrigé. Le visage a des mimiques normales. Les tissus sont souples.

Objectivement, en fonction du testing musculaire, la récupération est appréciée à 90 % et n'aura demandé qu'un an.

• **OBS. N° 2 :** M. Ver...

Paralysie faciale droite du 20 juillet 1957, séquelle de zona.

Première observation du 5 novembre 1957 (atteinte de deux mois et demi) :

Paralysie faciale totale avec signe de Charles Bell important. Lors du sourire, la commissure labiale est attirée vers l'extérieure ; siffler n'est guère possible, mais l'orbiculaire des lèvres conserve un semblant de réaction (« *légère trace* »).

Première série de clichés le 15 novembre 1957, dix jours après le début du traitement :

— *Photo 12 :* fermeture des yeux, visage décontracté.
— *Photo 13 :* sourire.
— *Photo 14 :* fermeture des yeux, visage contracté.

Evolution :

18 décembre 1957 :

Réaction du frontal et du sourcilier ; occlusion complète de l'œil ; progression très nette des : pyramidal, releveur des lèvres, orbiculaire des lèvres, canin, risorius (voir le « testing » pris comme exemple).

Départ en congé : recommandation à propos des compresses et des mimiques.

15 février 1958 :

Une séance par semaine.

Progression du frontal, des zygomatiques.

5 mars 1958 : deuxième série de clichés :

— *Photo 15 :* sourire.
— *Photo 16 :* fermeture des yeux.

Résultats : la récupération est presque complète, le sujet conservant cependant une légère asymétrie faciale (voir *testing musculaire,* p. 27).

• **OBS. N° 3 :** M. Pa...

Paralysie faciale périphérique gauche du 4 août 1957, séquelle d'un zona de la bouche.

Première observation le 27 février 1958 (atteinte de six mois) :

Paralysie faciale totale, intense avec signe de Ch. Bell important. La paupière inférieure, pendante, est très congestionnée avec poche sous-jacente (voir *photo 17*). L'œil est larmoyant, irrité, restant ouvert pendant le sommeil. La joue est très flasque, en « sac », les tissus sclérosés, atones, œdématiés.

— Le *cliché 18* montre le sujet essayant de siffler. On peut remarquer l'ouverture anormale de l'O.G. et l'aspect atonique de l'hémiface.

M.z Ver....

Ph. 12.

Ph. 13

Ph. 14.

Ph 15

Ph. 16

Ph. 17

Ph. 18

Ph. 19

Ph. 20

M.r Pa....

Traitement :

Une séance par semaine, le sujet habitant la province, comprenant I.R., rééducation, massage et gymnastique favorisant l'occlusion de l'œil.

Evolution :

20 mars 1958 :

Meilleure occlusion de l'œil, qui peut être maintenue pendant une secondes.

25 avril 1958 :

Occlusion complète de l'œil pendant le sommeil.

20 mai 1958 :

Légère réaction des zygomatiques et du risorius.

30 mai 1958 :

La salivation, qui était totalement abolie, réapparaît.

15 juillet 1958 :

La paupière inférieure est moins tombante. Le sujet arrive à mobiliser légèrement la commissure labiale gauche (*voir Ph. 19*).

3 septembre 1958 :

Bonne réaction du releveur de la lèvre supérieure et du canin. Tonicité plus marquée de la paupière inférieure, la muqueuse n'étant plus visible. Progression de l'orbiculaire des lèvres.

15 septembre 1958 :

Meilleure occlusion de l'œil (persistance d'une ouverture de 2 mm).

Le visage au repos, les yeux sont presque symétriques : le sourire est également symétrique, la salivation presque normale.

16 octobre 1958 :

Occlusion complète de l'œil, mais léger spasme. Bonne réaction de la paupière inférieure.

13 novembre 1958 :

Contracte le frontal, commence à siffler avec son, découvre les dents à gauche.

15 décembre 1958 :

— *Cliché 20* (symétrie recréée).

8 janvier 1959 :

Siffle avec son.

Résultats : la récupération a certes demandé du temps (une séance par semaine), mais elle peut finalement être appréciée à 80 %.

• **OBS. N° 4 :** Mlle Mou...

Paralysie faciale périphérique gauche, essentielle, du 15 février 1959.

Première observation du 21 mars 1959 (atteinte de cinq semaines).

Forme intense avec signe de Bell important, mais persistance d'une petite réaction de la paupière supérieure et de l'orbiculaire des lèvres.

Ph. 21

Ph. 22.

M^lle Mau...

Ph. 23

Ph. 24

Ph. 25

Ph. 26

M^lle Pia...

Au testing :
— « *trace* » pour l'orbiculaire des paupières (supérieures) et des lèvres ;
— « *assez bon* » pour le releveur de la paupière ;
— « 0 » pour les autres muscles.

Bonne tonicité des tissus.

Première série de clichés :

— *Photo 21 :* fermeture des yeux.
— *Photo 22 :* sourire.

Traitement :

Classique, trois séances par semaine.

Evolution :

6 avril 1959 :
Plisse légèrement le front, ébauche le froncement du sourcil.

20 avril 1959 :
Bonne réaction du canin, carré du menton, risorius.
Occlusion presque complète de l'œil (ouverture de 2 mm).

11 mai 1959 :
Siffle plusieurs notes.
Occlusion de l'œil complète.

11 juin 1959 :
Symétrie des sillons naso-géniens.

25 juin 1959 : deuxième série de clichés :
— *Photos 23 et 24.*

Résultats : récupération complète, mais petite asymétrie du pyramidal du nez ; testing « *bon* » pour tous les muscles.

• **OBS. N° 5 :** Mlle Pir...

Paralysie faciale périphérique gauche a frigore, du 12 octobre 1957.

Première observation le 15 novembre 1957 (atteinte d'un mois) :
Forme moyenne, avec Bell important.

Après trois mois de traitement, récupération complète avec cependant un léger spasme de l'œil gauche (*voir clichés 25 et 26*).

• **OBS. N° 6 :** Mme Tou...

Paralysie faciale périphérique droite, d'étiologie indéterminée. Atteinte moyenne de six mois avec Bell +++ et hémispasme. Sclérose et rétraction de tous les muscles de l'hémiface. Début du traitement le 19 juin 1964, à raison de trois séances par semaine. Vingt séances. Arrêt de la rééducation dirigée le 30 juillet 1964.

Récupération à 70 % avec persistance d'un hémispasme atténué.

• **OBS. N° 7 :** M. Ti...

P.F.P. droite, a frigore ; atteinte intense de deux semaines avec au testing « 0 » pour tous les muscles et « trace » pour l'orbiculaire de la paupière. Bell important. Traitement du 7 octobre 1964 au 20 novembre 1964 : douze séances.

Récupération complète.

• **OBS. N° 8 :** M. Vo...

P.F.P. gauche, intense, de trois mois, avec Bell +++. Traitement du 20 mars 1964 au 25 juillet 1964. Cinquante séances.

Récupération à 80 %.

• **OBS. N° 9 :** Mme Fa...

P.F.P. droite, d'étiologie virale. Atteinte très intense d'un mois et demi avec Bell très important, « 0 » au testing pour tous les muscles. Traitement entrepris le 8 juin 1966, pendant un mois. Interruption pendant trois mois : la malade est revue avec un hémispasme droit très important, l'œil clos, les tissus sclérosés. Le traitement, repris le 3 octobre 1966, est poursuivi jusqu'au 2 décembre 1966.

La récupération est appréciée à 70 % avec hémispasme très atténué, souplesse tissulaire. On peut penser qu'elle aurait été plus manifeste sans cette interruption de trois mois.

• **OBS. N° 10 :** Mlle Go...

P.F.P. droite a frigore. Atteinte moyenne de deux mois. Traitement du 1er octobre 1964 au 28 novembre 1964, soit vingt-quatre séances.

Récupération complète avec cependant un léger hémispasme.

• **OBS. N° 11 :** Mme Gu...

P.F.P. gauche, d'origine indéterminée. Atteinte moyenne de quatre mois, avec Bell important, sclérose tissulaire. Au testing, « trace » ou « assez bon » pour tous les muscles. Traitement du 21 septembre 1963 au 17 octobre 1963, soit douze séances.

Récupération totale.

• **OBS. N° 12 :** M. Ja...

P.F.P. gauche a frigore. Atteinte moyenne de deux semaines avec au testing « 0 » pour tous les muscles. Traitement du 10 novembre 1966 au 19 décembre 1966 (vingt séances).

Récupération complète.

• **OBS. N° 13 :** M. Mo...

P.F.P. gauche a frigore. Atteinte intense de trois mois, avec Bell ++. Au testing, « trace » pour tous les muscles. Traitement du 4 mai 1964 au 1er juin 1964 (douze séances).

Récupération à 90 % avec léger hémispasme.

• **OBS. N° 14 :** Mme De...

P.F.P. gauche, d'origine non précisée. Atteinte importante de quatre mois avec Bell léger. Testing : « 0 » pour tous les muscles, « trace » pour l'orbiculaire de l'œil.

Récupération à 80 % en 30 séances.

• **OBS. N° 15 :** Mme Deg...

P.F.P. gauche, d'origine virale. Atteinte intense de quatre semaines avec Bell ++. Traitement du 17 avril 1964 au 24 juin 1964, soit trente séances.

Récupération complète.

• **OBS. N° 16 :** Mme Du...

P.F.P. droite, d'original virale. Atteinte très intense de cinq semaines, avec Bell +++. Testing « 0 ». Traitement du 12 octobre 1962 au 25 juin 1963 : soixante-dix séances.

Récupération à 80 % avec léger hémispasme.

• **OBS. N° 17 :** Enfant Bru...

P.F.P. gauche, d'origine virale. Atteinte moyenne de six semaines avec signe de Bell.

Récupération complète en 24 séances, mais léger hémispasme gauche un mois plus tard.

• **OBS. N° 18 :** Mme Co...

P.F.P. gauche, a frigore. Atteinte intense de cinq jours. Traitement du 3 décembre 1964 au 4 février 1965 : vingt-cinq séances.

Récupération complète.

• **OBS. N° 19 :** Mme Da...

P.F.P. gauche, d'origine virale. Atteinte intense de quinze jours. Traitement du 6 novembre 1965 au 21 décembre 1965 : vingt séances.

Récupération complète avec léger hémispasme.

• **OBS. N° 20 :** M. Ben...

P.F.P. droite, séquelle de zona. Atteinte très intense — de dix jours — avec Bell +++, mais tissus relativement toniques.

Récupération complète en 20 séances.

• **OBS. N° 21 :** Enfant Co...

P.F.P. gauche, a frigore. Atteinte moyenne de huit jours avec Bell +. Au testing : « trace » pour le frontal, sourcilier, orbiculaire de l'œil. Traitement : trois séances en juillet 1966. Consignes aux parents pour les compresses et les mimiques.

Revu en octobre 1966 : récupération complète.

• **OBS. N° 22 :** Mlle Seu..., vingt-sept ans

P.F.P. bilatérale, plus marquée à gauche, d'origine indéterminée. Atteinte de *dix-sept ans*, intense, avec Bell +++ à gauche. Aucune expression, tissus rétractés et sclérosés. Application du traitement du 6 octobre 1964 au 29 juillet 1965 : quatre-vingt-quatorze séances.

Récupération à 70 %.

TABLEAU RECAPITULATIF DES OBSERVATIONS PUBLIEES

Nom	Forme de paralysie	Etiologie	Ancienneté (par rapport au début du trait.)	Durée du trait. Nb de séances	Récupération
Mr. LAU..	P.F.P. bilatérale intense	Traumatisme frontal	3 mois ½	1 an avec interruption de 5 semaines 3 séances/sem.	90 % avec léger hémispasme g.
Mr. VER..	P.F.P. droite intense	Zona	2 mois ½	5 mois avec interruption de 3 semaines 3 séances/sem. puis 1 seule	85 % légère asymétrie
Melle MOU..	P.F.P. gauche intense	A frigore	5 sem.	3 mois 3 séances/sem.	100 %
Mr. PA..	P.F.P. gauche intense	Zona buccal	6 mois	11 mois 1 séance/sem.	90 %
Melle PIR..	P.F.P. gauche moyenne	A frigore	1 mois	3 mois 3 séances/sem.	100 % léger spasme O.O.
Mme TOU..	P.F.P. droite moyenne	A frigore	6 mois avec hémispasme droit ++	1 mois ½ 3 séances/sem.	70 % hémispasme atténué
Mr. TI..	P.F.P. droite intense	A frigore	2 sem.	1 mois ½ 3 séances/sem.	100 %
Mr. VO..	P.F.P. gauche intense	A frigore	3 mois	6 mois 3 séances/sem.	80 %
Mr. PA..	P.F.P. droite très intense	Virale	1 mois ½	6 mois avec interruption de 3 mois	70 % léger hémispasme
Mr. GO..	P.F.P. droite moyenne	A frigore	2 mois	2 mois 3 séances/sem.	100 % léger hémispasme
Mr. GU..	P.F.P. gauche moyenne	A frigore	4 mois	1 mois 3 séances/sem.	100 %
Mr. JA..	P.F.P. gauche moyenne	A frigore	15 jours	5 semaines 3 séances/sem.	100 %

- **OBS. N° 23 :** M. Bil...

P.F.P. gauche, a frigore. Atteinte moyenne de quinze jours. Traitement du 22 avril au 12 mai 1966.

Récupération complète.

- **OBS. N° 24 :** Mme Ba...

P.F.P. droite, a frigore. Atteinte légère de quinze jours. Traitement du 13 octobre 1962 au 7 novembre 1962.

Récupération complète.

Nom	Forme de paralysie	Etiologie	Ancienneté (par rapport au début du trait.)	Durée du trait. Nb de séances	Récupération
Mr. MO..	P.F.P. gauche intense	A frigore	3 mois	1 mois 3 séances/sem.	90 % léger hémispasme
Mr. DA..	P.F.P. gauche intense	non précisée	4 mois	2 mois ½ 3 séances/sem.	80 %
Mr. DEQ..	P.F.P. gauche intense	Virale	4 sem.	10 semaines 3 séances/sem.	100 %
Mr. DU..	P.F.P. droite très intense	Virale	1 mois ½	8 mois 2 séances/sem.	80 % léger hémispasme
Enf.BRU..	P.F.P. gauche moyenne	Virale	6 sem.	2 mois 3 séances/sem.	100 % léger hémispasme 1 mois plus tard
Mr. CO..	P.F.P. gauche intense	A frigore	5 jours	3 mois 3 puis 1 séance/sem.	100 %
Mr. DA..	P.F.P. gauche intense	Virale	15 jours	6 semaines 3 séances/sem.	100 % léger hémispasme
Mr. BEN..	P.F.P. droite très intense	Zona	10 jours	2 mois 3 séances/sem.	100 %
Enf. CO..	P.F.P. gauche moyenne	A frigore	8 jours	3 mois 3 séances dirigées seulement	100 %
Melle JEU..	P.F.P. bilatérale (+++ à gauche) intense	non précisée	17 ans	8 mois 3 séances/sem.	70 %
Mr. BEL..	P.F.P. gauche moyenne	A frigore	15 jours	3 semaines 3 séances/sem.	100 %
Mme BA..	P.F.P. droite légère	A frigore	15 jours	3 semaines 3 séances/sem.	100 %
Mr. BU..	P.F.P. droite intense	Virale	1 mois	3 mois 3 séances/sem.	90 % léger spasme O.D.

- **OBS. N° 25** : M. Bu...

P.F.P. droite, d'origine virale. Atteinte importante d'un mois, avec Bell ++. Traitement du 6 septembre 1962 au 6 décembre 1962.

Récupération à 90 % en 36 séances, avec léger spasme de l'œil droit.

CONCLUSION

De cette étude de 25 cas auxquels nous pouvons ajouter les quelque 150 autres que nous avons eu à rééduquer depuis une dizaine d'années, plusieurs points méritent d'être soulignés :

— Le grand avantage de cette méthode est son absence de contre-indication qui en rend l'emploi facile.

— La récupération peut être objectivement appréciée dans tous les cas à 70-100 %.

— Aucun échec n'est à enregistrer, bien que nous ayons à déplorer la survenue, dans 14 à 16 % de nos cas, d'un hémispasme, très atténué à vrai dire, commandant néanmoins l'arrêt de la rééducation et la plus grande prudence quant à la massothérapie. Mais l'on peut se demander quelle aurait été l'évolution de la paralysie non traitée...

— La récupération apparaît d'autant plus complète que la mise en œuvre de la kinésithérapie est plus précoce : toutes nos paralysies entreprises entre cinq jours et deux mois après leur début ont récupéré à 90-100 %. Mais nous publions également deux atteintes de six mois ayant eu une récupération à 90 % et 70 %, et dans ce dernier cas le malade était déjà porteur d'un hémispasme. Et que dire de cette atteinte de dix-sept ans que nous avons pu, en huit mois, restaurer à 70 %, sinon qu'un retard à l'institution de la thérapeutique n'est pas à coup sûr un critère de mauvaise restauration et que la patience doit être une règle.

— La qualité des résultats tient pour une part notable à la personnalité du malade ; les sujets dociles, intelligents, comprenant ce qu'ils peuvent attendre de la rééducation et l'effort personnel qu'ils doivent fournir, obtiennent les meilleurs résultats.

Tout en indiquant le caractère limité de l'originalité de notre thérapeutique, on doit considérer les résultats globaux comme excellents :

— restitution de la symétrie du visage au repos ;

— restauration de la mobilité de l'hémiface parésiée ;

permettant d'apporter un soulagement important à une infirmité très éprouvante sur le plan physique comme sur le plan moral, et amenant une possibilité de réhabilitation sociale et professionnelle.

Vu, le Doyen :
BROUET

Vu, le Président de Thèse :
GROSSIORD

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

SIGWALD (J.). — *E.M.C.*, « Neurologie, Paralysie faciale ».

ROUVIÈRE. — Anatomie humaine.

DELMAS (J. et A.). — Voies et centres nerveux.

RIMBAUD. — Précis de neurologie (1957).

DANIELS (Lucille), WILLIAM (Marian), WORTHINGHAN (Catherine). — Evaluation de la fonction musculaire. (Ed. Maloine.)

DEBAIN (J.J.). — Indications thérapeutiques dans les P.F.P. (*Semaine des Hôpitaux*, 14 novembre 1965.)

LANGWORTH and TAVERNER. — The prognosis in facial pulsy. (*Brain*, 1963.)

LAUMANS (E.P.S.) and JONGKEES (L.B.W.). — Sur le pronostic de la P.F.P. d'origine endo-temporale. (*Ann. of O.R.L.*, 1963.)

TAVERNER (D.). — Traitement de la P.F. (*Practitioner*, janvier 1964.)

JEVEL (M.). — P.F. tronculaire : modes de guérison. (*Strasbourg Méd.*, octobre 1965.)

ROWE (R.P.T.). — Traitement des P.F. par les techniques de facilitation neuro-musculaire. (*Physiothérapie*, 10 janvier 1967.)

MADAN (Richard). — Facial disfigurement.

MATTHEWS (W.B.). — Pronostic de la P.F. (*British Medical Journal*, juillet 1961.)

PORTMANN. — Chirurgie des P.F. (*Conc. Méd.*, 19 novembre 1966.)

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV[e]